COLLECTION
DES THÈSES
SOUTENUES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS.

AN 1828.

TOME HUITIÈME.

THÈSE 233 à 265.

THE PROPERTY OF THE N. YORK HOSPITAL.

PARIS.
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Maçons-Sorbonne,
N°. 13.

COLLECTION

DES THÈSES

SOUTENUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS.

AN 1828.

TOME HUITIÈME.

THÈSES 233 à 265.

THE
PROPERTY
OF THE
N. YORK HOSPITAL

PARIS.

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine,

Rue des Maçons-Sorbonne,

N° 13.

P232

DISSERTATION

N° 233.

SUR LES

LUXATIONS ORIGINELLES OU CONGÉNITALES DES FÉMURS;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie;

PAR ABRAHAM-JACQUES CAILLARD-BILONNIÈRE.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.
1828.

27546

DISSERTATION

SUR LES

LUXATIONS ORIGINELLES OU CONGÉNITALES

DES FÉMURS.

La luxation est la cessation plus ou moins complète du rapport naturel entre les surfaces contiguës des os.

On n'a admis, jusqu'à présent, que deux genres ou espèces de luxations du fémur sur la cuisse : les *luxations accidentelles* et les *luxations symptomatiques* ou *spontanées*. Il faut aujourd'hui ajouter un troisième genre aux deux premiers. Ce troisième genre est celui des *luxations originelles*, ou du moins *congénitales*. Si l'on objectait que la luxation originelle ou congénitale des fémurs se fait dans une direction analogue à celle des luxations accidentelles, il serait facile de répondre qu'il en est de même de la luxation symptomatique, qui pour cela n'en a pas moins été distinguée de la luxation accidentelle. D'ailleurs il est évident que les genres sont établis sur les causes.

On reconnaît quatre espèces de luxations accidentelles du fémur : en haut et en dehors, en bas et en dedans, en haut et en avant, en bas et en arrière.

De ces quatre déplacemens accidentels, le plus fréquent est celui où la tête du fémur est portée en haut et en dehors sur la fosse iliaque externe.

La luxation en bas et en arrière a été regardée comme la plus rare et la plus difficile; en effet, une flexion excessive de la cuisse sur l'abdomen doit la produire, et cette flexion est puissamment bornée par le tronc. Aussi est-elle regardée ordinairement comme consécutive à celle en haut et en dehors, lorsque après celle-ci le membre aura été porté dans l'extrême flexion. Cependant elle a été observée, et M. le professeur *Dupuytren* en a vu trois exemples, et deux fois elle était primitive.

Si, en énumérant simplement les quatre déplacemens connus de l'extrémité supérieure du fémur, j'ai dit quelques mots de plus sur ces deux derniers, c'est qu'ils ont presque toujours lieu probablement dans la luxation congénitale, mais en sens inverse. Ainsi la luxation en bas et en arrière, qui est souvent consécutive à celle en haut et en dehors après la naissance, est ici primitive, et celle en haut et en dehors secondaire.

La luxation originelle ou congénitale est donc celle qui s'effectue dans l'utérus, soit que l'on remonte à une époque plus ou moins reculée de la gestation, soit que l'on ne l'attribue qu'à des causes qui ont pu la déterminer à une époque plus rapprochée de la naissance: toujours est-il qu'elle existe constamment en haut et en dehors.

M. le professeur *Dupuytren* est le premier qui, dans ses excellentes leçons de chirurgie clinique, ait donné une description détaillée de cette luxation, qu'il regarde comme produite plutôt par un défaut de formation d'une cavité articulaire complète que par un accident ou une maladie. En effet, aucun des malades n'offrait de traces des affections auxquelles on attribue ordinairement les luxations spontanées, symptomatiques ou consécutives.

Quelques auteurs semblent avoir entrevu cette espèce de luxation; on lit dans Hipp., *de articulis; à* Foesio, p. 822: « *At quibus in matris utero hic articulus suâ sede emotus fuerit, aut cùm adhùc augentur vi exciderit, neque reconditus fuerit, aut etiam morbo*

elapsus atque suâ compage motus fuerit (horum enim pleraque contingunt eorum quidem nonnullis, si syderatum femur fuerit, suppurationes diuturnæ, et quæ curationem per lineamenta desiderent, contingunt, quibusdam etiam ossa nudantur. Eodem verò modo tùm quibus syderatur os femoris, tùm quibus non syderatur, multò brevius redditur, ac neque velut sanum augeri solet. »

Ambroise Paré (Seiziesme livre traictant des lvxations, chap. III, *causes des luxations.* ..... *Hippocrates*, liu. des art...., dit que les enfans au ventre de la mère se peuuent luxer les bras et jambes par cheutes, coups, et pour avoir esté pressez : ce que nous voyons en ceux qui ont les pieds bots ou pour avoir les articles trop humides et laxes. Et de ce, ne faut non plus esbahir que de ce que *Gal.* escrit au Commentaire sur le liure des articles, à sçauoir que l'enfant estant au ventre de sa mère, peut avoir des apostumes, qui se peuvent ouvrir et cicatrizer. Il aduient aussi qu'aucuns ont les cauités de leurs jointures peu profondes, et que les léures ou bords de leurs pyxides, ou cavitéz sont fort rabbatues : dont les testes des os n'entrent assez profondément en icelles : et que les ligamens qui tiennent les os en leurs iointures, ne sont fermes, mais fort deliez et meeus de leur conformation : ou sont humides d'eux-mesmes, et fort lubriques ou humectez par vne fluxion d'humeurs pituiteux et muqueux, qui relaschent et amolissent les ligamens, qui doivent tenir ferme la liaison des os, comme nous auons déclaré : et à ceux-là les os se desioignent facilement de leurs iointures, et aussi facilement y sont réduits, de façon que les malades le plus souuent les remettent d'eux-mesmes sans aide du chirurgien : ce que i'ay veu plusieurs fois.

M. *Chaussier* (Bulletin de la Faculté et de la Société de médecine, t. 3, p. 302, années 1812-1813) appelle ces luxations *spontanées*, pour exprimer qu'elles ne dépendent d'aucune cause extérieure, d'aucune violence. Il cite l'exemple d'un enfant sur lequel, à la naissance, il observa deux luxations, l'une à l'articulation scapulo-humérale, l'autre du même côté à l'articulation coxo-fémorale.

Quelles pourraient être les causes d'un pareil déplacement? Je ne peux émettre que des doutes sur des questions aussi difficiles et si au-dessus de mes forces.

Cependant ne pourrait-on pas attribuer ces luxations à un obstacle dans la force de formation (*nisus formativus*), et conséquemment à un dérangement dans le mode d'évolution ou de déroulement original des organes? Cette opinion, développée par M. *Dupuytren* dans son mémoire, est aussi celle de M. *Breschet*. En effet, on trouve dans l'Anatomie de *Meckel* (Anatomie générale, page 311) que le développement de chaque os est soumis en général à des lois; mais il se trouve aussi des exceptions à ces lois, et plus dans certains os que dans d'autres. « De tous les os, dit-il, le sternum est celui qui présente les variétés les plus nombreuses et les plus considérables, sous le rapport de la grandeur, du nombre, de la forme et de la situation des noyaux osseux qui le produisent peu à peu, et même sous celui de son apparition. Ce phénomène, ajoute-t-il, est d'autant plus digne de remarque, que le sternum est précisément le dernier de tous, de sorte que le peu de fixité de son type de formation paraît dépendre de ce que l'énergie de l'action plastique (*plasticus*, qui forme) commence à s'éteindre. »

Les membres inférieurs et le bassin, en effet, se développent très-tardivement: dans la cavité cotyloïde, qui est formée de trois pièces, l'iléum, l'ischium, le pubis, le développement de ces trois os ne se fait pas simultanément; l'iléum s'ossifie d'abord, après l'ischium, ensuite le pubis. Dans le fœtus à terme, non-seulement ces trois pièces sont tout à fait distinctes, mais un cartilage considérable les sépare, et ce n'est qu'à seize ans environ, plus ou moins, qu'elles se soudent. Ne pourrais-je pas ici tirer cette conséquence, que, cette portion du système osseux étant une des dernières à se développer, il y a ralentissement dans la formation de la cavité cotyloïde, comme le dit *Meckel* pour le sternum, et partant, impossibilité d'admettre la tête du fémur?...

Le fœtus d'ailleurs est bien sujet à des maladies dans le sein de la

mère, maladies qui peuvent lui être transmises par elle, ou qui peuvent tenir à diverses altérations de ses enveloppes et de ses dépendances ; son développement alors peut s'en ressentir ; et, d'après ce que nous venons de dire plus haut, ces altérations ne deviendraient-elles pas, dans une foule de cas, une cause puissante de difformités?...

Cette luxation serait-elle purement accidentelle, et pourrait-on l'attribuer aux mouvemens plus ou moins violens du fœtus à l'époque où le système musculaire est assez développé pour les permettre? et sa position dans l'utérus, les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen, la tête du fémur faisant par conséquent saillie sur le rebord de la cavité cotyloïde, en bas et en arrière, ne pourrait-elle pas au moins faire soupçonner la facilité du déplacement, surtout si le sujet y est disposé par un relâchement des ligamens articulaires ?...

La luxation une fois effectuée, on concevra que les muscles de la fesse porteront en haut et en dehors, peu à peu, la tête du fémur, et que la luxation en bas et en arrière, si rare, sinon comme consécutive à celle en haut et en dehors, est ici primitive. Dans cette espèce, la luxation peut avoir lieu indifféremment d'un côté ou des deux côtés ; aussi, quoique plus rarement, observe-t-on des sujets chez lesquels un membre seul offre ce déplacement.

Au reste, ce genre de luxation n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser : M. le professeur *Dupuytren* en a observé une vingtaine de cas dans l'espace de dix-huit ans.

Ce déplacement, qui consiste dans la transposition de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe, est donc la luxation en haut et en dehors. Les signes de cette luxation sont les mêmes que ceux de la luxation accidentelle dans le même sens. Comme dans celle-ci, la tête du fémur est portée en haut et en dehors, le membre est raccourci, le grand trochanter fait saillie et est rapproché de la crête iliaque, les muscles grand et moyen fessiers sont plus ou moins rétractés; le membre est tourné en dedans, et par conséquent la pointe du pied est aussi dans cette direction ; il existe une grande tendance des fémurs à s'entre-croiser inférieurement, ce qui tient à la grande

obliquité des cuisses de haut en bas et de dehors en dedans, obliquité qui est d'autant plus grande que le sujet est plus avancé en âge et que le bassin a plus de largeur; il existe un angle aigu et rentrant à la partie supérieure et interne de la cuisse au point où elle s'unit au bassin; on observe que le membre est amaigri.

Si l'on examine les individus affectés de luxations congénitales ou originelles des fémurs, on remarque facilement le raccourcissement proportionnel des membres inférieurs avec les supérieurs. Cela tient à la situation de la cavité anormale placée plus ou moins haut dans la fosse iliaque externe. Le bassin paraît alors affaissé, pour ainsi dire, entre les deux colonnes destinées à le supporter, et par l'effet de ce changement, les cuisses doivent paraître avoir bien moins d'étendue, quoique pour cela les fémurs n'aient point subi de diminution dans leur longueur. Mais si les os de ces membres n'ont point éprouvé de changemens notables, il n'en est pas ainsi des muscles, qui sont tous plus ou moins relâchés par le rapprochement de leurs attaches inférieures avec les supérieures: aussi à la fesse les fessiers, à la cuisse, les muscles biceps, demi-membraneux, demi-tendineux, couturier, droit antérieur, sont-ils décolorés, moux, graisseux, jaunâtres; les autres muscles participent plus ou moins à cet état.

Ce qui est bien remarquable chez les individus ainsi affectés, c'est l'allongement et le raccourcissement alternatif des membres dans la progression. Lorsque ces personnes veulent marcher, elles portent fortement leur corps en arrière et sur le côté du membre qui donne à cet instant le point d'appui sur le sol. Aussitôt apparaissent des signes importans à connaître.

Le membre qui supporte le poids du corps présente une grande élévation du grand trochanter, qui se rapproche encore plus de la crête iliaque que lors de la station sur les deux pieds. Cela tient à l'étendue de la cavité anormale ou à la laxité de la capsule fibreuse, qui permettent un raccourcissement qui varie de deux à trois pouces, et on conçoit que, dans le moment dont nous parlons, cette disposition doit permettre l'ascension la plus considérable des fémurs.

Le corps se porte en arrière pour faire contre-poids avec le membre détaché du sol, afin de l'aider à augmenter l'éloignement de ses attaches musculaires au moyen de la contraction des obliques abdominaux, qui, s'étendant de la base du thorax à la crête iliaque, agissent sur le bassin en l'entraînant en haut. Par ce mouvement d'élévation transversale d'un côté à l'autre du bassin, l'individu affecté de cette infirmité supplée d'abord à la fâcheuse disposition de son membre à descendre vers l'ancienne cavité ou cavité naturelle, et, par conséquent, au relâchement du muscle droit antérieur, dont l'usage est de fléchir la cuisse sur le tronc. Cependant, si le malade veut marcher, il étend le pied, dont il pose la pointe sur le sol, s'y appuie après avoir fait décrire au membre un mouvement d'arc de cercle en dehors, ou en fauchant, comme on l'observe dans la luxation accidentelle en haut et en dehors. Dans le mouvement du tronc en arrière, dont j'ai parlé tout à l'heure, les muscles psoas et iliaque peuvent agir efficacement en fléchissant la cuisse sur le bassin; le triceps crural achève alors le mouvement en étendant la jambe. M. le professeur *Dupuytren* a observé que dans la course, et surtout le saut, cette infirmité était bien moins marquée; en effet, la transposition subite du poids du corps ne donne pas à la contraction musculaire le temps de cesser entièrement ni d'un côté ni de l'autre.

Lorsque ces individus sont couchés horizontalement, les signes de cette infirmité disparaissent; d'une part, les membres inférieurs n'ont plus à supporter le poids du corps; de l'autre, les contractions des muscles de la fesse n'ont plus lieu; ensuite, par l'extrême laxité des moyens d'union de l'articulation, les deux fémurs se portent en avant, et le tronc, plus pesant, paraît s'enfoncer entre les deux membres à la manière d'un coin. Ce qui peut mettre hors de doute ce déplacement, c'est la facilité avec laquelle, dans cette position horizontale, on réduit la luxation, ou du moins la facilité avec laquelle on ramène le membre à sa longueur ordinaire : aussi vient-on à saisir le membre en le refoulant vers la fossé iliaque externe, tous les signes de la luxation en haut et en dehors se manifestent de nouveau.

Plus les enfans avancent en âge, plus on remarque une tendance du tronc à se porter en avant, tendance qui augmente de plus en plus; en effet, le grand fessier et les autres muscles de la partie postérieure de la cuisse, rétractés, n'ont plus la même puissance pour concourir à la rectitude du tronc ; d'ailleurs les cavités accidentellement développées sont situées plus en arrière sur la fosse iliaque externe, et augmentent encore la disposition naturelle du tronc à se porter en avant. Cette disposition est surtout évidente sur le premier dessin ajouté à ce travail : il représente une jeune personne de douze ans; la fig. 1re. montre le tronc vu de côté et l'inclinaison de sa partie supérieure en arrière, la cambrure des lombes, la saillie du trochanter, l'ascension de la tête du fémur. La fig. 2 représente le corps vu par devant, et fait voir la disproportion du tronc et des membres inférieurs, la maigreur de ceux-ci, l'obliquité du fémur de haut en bas, la rencontre des genoux. La fig. 3 représente le tronc vu par derrière, et fait voir encore la proéminence des trochanters, la tumeur formée par la tête du fémur dans la fosse iliaque externe, la saillie des ischions, abandonnés par les muscles et recouverts par la peau seulement. Qu'il me soit ici permis de témoigner toute ma reconnaissance à M. *Breschet*, qui a bien voulu me permettre de faire insérer ce dessin déjà publié dans son journal intitulé : *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, dont il est le rédacteur.

A l'époque de la vie dont il est ici question, les mouvemens d'élévation et d'abaissement du fémur dans la fosse iliaque externe sont très-étendus, quoique dans un âge plus avancé ils doivent devenir encore beaucoup plus marqués.

Quoique cette luxation ne constitue qu'un vice de conformation, et tout au plus une infirmité méconnue, elle a été soumise au traitement des maladies de l'articulation iléo-fémorale qui déterminent la luxation du fémur.

M. le professeur *Dupuytren* a vu, par suite de l'erreur de diagnostic, des malades contraints à garder le lit pendant plusieurs années, soumis à des applications répétées de sangsues, de moxas, de vésica-

toires, de cautères. Il cite l'exemple d'une jeune fille qu'on avait obligée à souffrir l'application de vingt-un moxas autour de la hanche, sans que ce traitement rigoureux eût amené le moindre changement dans l'état de la malade. « Il m'est arrivé, ajoute-t-il, de voir un cas plus rare : « c'est celui d'une nourrice que des parens désolés accusaient injus- « tement d'avoir causé, par incurie ou par brutalité, une luxation « accidentelle sur un jeune enfant confié à ses soins, et qui était venu « au monde avec ce vice de conformation. J'ai vu un cas plus extra- « ordinaire encore; c'est celui qu'offrit, il y a environ quinze ans, le « corps de la victime d'un assassinat affreux, celui du nommé D'Au- « tun. Son corps, mutilé, défiguré et entassé dans un sac, restait « inconnu malgré les plus actives recherches, lorsque le vice de con- « formation des hanches, que je signalai à la justice, aida à le faire « reconnaître. L'histoire de sa vie, soigneusement scrutée, apprit « qu'il n'avait jamais essuyé de maladie à la hanche; qu'il était venu « au monde avec le vice de conformation qui avait aidé à le faire « reconnaître après sa mort, malgré les horribles mutilations par les- « quelles l'assassin avait espéré rendre sa victime méconnaissable. »

Si on opposait qu'il est bien peu probable qu'une telle affection soit méconnue, et que les signes de la luxation en haut et en dehors sont assez évidens pour éviter une pareille méprise, ce serait, je crois, le cas de citer un passage du livre de *J.-L. Petit* sur les maladies des os, t. 1, p. 28 :

« Un enfant ayant eu la cuisse démise par la mauvaise manœuvre « de la sage-femme en le tirant de la matrice par les pieds, on ne « s'en aperçut que cinq ans après. Mon sentiment fut que cette luxa- « tion était absolument incurable pour deux raisons : la première « est l'ancienneté; les récentes d'un mois ou deux se guérissent quel- « quefois, mais on ne doit pas espérer d'en guérir une de cinq ans.

« La seconde raison pour laquelle cette luxation est incurable après « cinq ans, c'est qu'en naissant, toutes les parties osseuses sont si « tendres, qu'elles croissent promptement et avec facilité; en crois- « sant, elles acquièrent de la dureté, et ne conservent ou ne se don-

« nent leur figure qu'en se moulant les unes aux autres : ainsi la tête
« du fémur, après cinq ans, n'a plus sa figure ronde, et la cavité de
« l'ischion a du *s'efacer* lorsqu'elle n'a plus *esté* habitée ; de manière
« que ces deux parties, qui doivent croître ensemble, n'ayant pu se
« mouler l'une à l'autre, et conserver les rapports que doivent avoir
« les pièces qui composent cette articulation, il est imposible de les
« remettre dans leur état naturel : il est certain que la tête du fémur
« s'est faite et s'est moulée elle-même une nouvelle habitation aux
« dépens des parties voisines du lieu étranger qu'elle occupe. »

Ce qui tendrait à induire en erreur, ou du moins ce qui pourrait empêcher les parens et les chirurgiens de porter toute leur attention sur les enfans affectés de luxation originelle ou congénitale, c'est que ni ces enfans, ni les personnes beaucoup plus avancées en âge, ne se plaignent de douleurs aux hanches et au genou, n'en ont jamais éprouvé, non plus que d'allongement du membre, avant son raccourcissement comme dans la luxation consécutive.

Mais plus le sujet est avancé en âge, plus les signes du déplacement sont évidens; plus le bassin augmente de largeur, plus les sujets éprouvent de fatigue dans la progression par le balancement de la partie supérieure du corps sur le bassin, comme je l'ai dit plus haut; plus ces signes sont évidens par la cambrure de la taille, la saillie du ventre, les mouvemens en arc de cercle des extrémités du diamètre transverse du bassin, plus alors on s'aperçoit de la mobilité contre nature de la tête des fémurs. C'est alors que quelques personnes attribuent ce déplacement à une cause externe ou à une affection de nature scrophuleuse qui aurait usé les bords de la cavité cotyloïde. Mais quoique M. *Dupuytren* ait souvent rencontré des enfans dont l'aspect pouvait faire adopter cette opinion, il en a vu dont la constitution était si opposée à celle-là affectés de luxation congénitale, qu'il pense que celle-ci est indépendante, au moins souvent, d'un vice interne.

Les signes ou mieux l'aspect de ce vice de conformation sont bien plus marqués chez les filles que chez les garçons, à raison du développement plus considérable du bassin chez les premières. Mais une

chose bien heureuse et bien digne de remarque, c'est que cette disposition n'influe pas toujours sur le développement du bassin, et que l'intérieur de cette cavité ne ressent aucune influence ordinairement de ce qui se passe à son extérieur.

Quoiqu'il soit rare de pouvoir constater par l'autopsie les désordres qui existent dans les luxations congénitales, puisqu'elles n'influent pas sur la santé des individus, cependant il a été donné à M. *Dupuytren* de les étudier sur un certain nombre de sujets morts d'une maladie étrangère à leur articulation iléo-fémorale. C'est, je pense, le moment de rapporter celle-ci, qui a été recueillie à l'Hôtel-Dieu de Paris sur un vieillard mort quelque temps après son arrivée.

Castel (Jean-Baptiste), âgé de soixante-quatorze ans, était atteint depuis longues années d'un catarrhe vésical lorsqu'il fut obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'une rétention d'urine et d'abcès urineux, le 23 février 1828, salle Saint-Paul, n°. 62, service de M. *Breschet*. Quelque temps après, et malgré tous les soins éclairés qui lui furent prodigués, il succomba. Ne devant m'occuper ici que de la luxation des fémurs, je n'ai pas cru devoir entrer dans plus de détails sur la maladie qui causa sa perte.

Cet homme, de petite taille, maigre, était surtout remarquable par le peu de longueur de ses cuisses, l'élévation de ses deux trochanters, leur saillie sous la peau, leur éloignement de l'os des îles selon le diamètre transverse, et leur rapprochement de la crête iliaque. Les fesses, complètement aplaties, flasques, offraient leur plus grande étendue d'un côté à l'autre, et le pli qui les sépare de la cuisse était placé plus haut qu'à l'ordinaire. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est l'étendue transversale de ces parties; cette saillie tenait sans doute à ce que, dans l'état naturel, la tête du fémur reçue dans la cavité cotyloïde, dirigée obliquement en haut en dedans et un peu en avant, était ici tout à fait dans une direction transversale, et appuyée d'ailleurs sur un point du bassin qui offrait plus de largeur. Cette disposition devait nécessairement faire saillir les éminences trochantériennes. Castel, dont on avait pu, avant la formation des abcès,

observer la marche, présentait tous les signes de la luxation en haut et en dehors des deux côtés : la pointe du pied était tournée en dedans, ainsi que tout le membre; impossibilité d'éloigner un membre de l'autre; saillie à travers la peau des adducteurs fortement prononcée, amaigrissement du membre dans le reste de son étendue, exiguité des cuisses par rapport à la stature et à la longueur des jambes, saillie de l'abdomen; la tête portée en arrière, ainsi que les épaules, pour contre-balancer le poids du tronc; grande difficulté de fléchir la cuisse sur le bassin, difficulté qui nuit à la progression, et que Castel diminuait en portant le corps très en arrière en s'appuyant sur le membre opposé, afin d'éloigner autant qu'il le pouvait les attaches des muscles fléchisseurs de la cuisse, l'arc de cercle en dehors pour transporter le membre détaché du sol sur un autre point, le bout du pied portant le premier, afin de se fixer au moyen des orteils.

Ce malade, interrogé avec soin par M. *Dupuytren*, dit bien avoir fait une chute dans son enfance; mais déjà et de tout temps il était affecté de cette infirmité. Il racontait que dès sa plus tendre enfance il essuyait les sarcasmes de ses camarades au sujet de sa démarche en dandinant. Un chirurgien, le père *Potentia*, à la Rochelle, consulté par son père, lui répondit judicieusement qu'il était né mal conformé. Divers renseignemens pris sur ce malade confirmèrent ce qu'il avait dit.

A sa mort, qui eut lieu après quelque séjour à l'Hôtel-Dieu, je fus chargé de la préparation des articulations et des muscles qui les environnent. J'ai déjà décrit les parties vues extérieurement pendant la vie du malade.

Le grand fessier était extrêmement aminci, ses fibres avaient éprouvé la transformation graisseuse; elles étaient écartées et leurs intervalles remplis par du tissu cellulaire graisseux et jaunâtre presque liquide. Quelques mouvemens que l'on imprimât aux fémurs en les faisant tourner en dedans ou en dehors, on ne parvenait pas à tendre ses fibres; le petit fessier avait presque entièrement disparu, refoulé en haut d'un côté (du côté gauche) par une bourse fibreuse dont je

vais bientôt parler, et du côté droit par le rebord épais de la cavité anormale. Quelques fibres courtes décolorées le constituaient. Le moyen fessier seul avait conservé toute sa force et son volume, et contrastait singulièrement avec les précédens par sa coloration et son épaisseur ; son attache supérieure était marquée par de fortes rugosités osseuses qui en augmentaient la solidité ; les autres muscles n'offraient qu'une grande obliquité de bas en haut et de dedans en dehors, surtout le muscle carré, qui, au lieu d'être transversal comme dans l'état naturel, était très-oblique de bas en haut et de dedans en dehors ; son attache externe était beaucoup plus élevée que l'interne, à raison de l'ascension du fémur. Les psoas et iliaques réunis avaient une direction oblique en dehors, et se contournaient en arrière et en haut à leur extrémité inférieure pour aller s'insérer au petit trochanter. Le muscle fascia lata était situé sur un plan plus antérieur qu'à l'ordinaire ; le reste des muscles de la cuisse avait participé à l'émaciation, si l'on doit en excepter les adducteurs, qui avaient conservé leur volume.

Le système osseux du bassin avait subi quelques altérations dans la forme des os qui le composent ; ils offraient en général des traces de déviation. Les os des îles étaient fortement convexes en dehors ; leur crête était contournée en dedans ; les fosses iliaques, très-profondes, étaient excessivement amincies et réduites, dans presque toute leur étendue, à un feuillet très-fragile. Les diamètres du bassin avait également éprouvé quelques changemens ; ainsi, le diamètre antéro-postérieur sacro-pubien n'avait que deux pouces, mais le diamètre transversal offrait au moins neuf pouces ; et, d'un grand trochanter à l'autre, on comptait au moins treize à quatorze pouces.

Du côté gauche, l'ancienne cavité (comme on peut le voir dans les pl. I et II ajoutées à cette thèse) n'offrait pas plus d'un pouce d'étendue dans son plus grand diamètre ; elle était peu profonde, rugueuse, remplie d'une substance graisseuse, jaunâtre, et presque de la consistance de l'huile ; elle présentait à peu près une forme ovale. La fosse iliaque externe offrait au devant de l'échancrure sciatique

une dépression (pl. II, fig. 2, lettre A) large, peu profonde, recouverte ou tapissée dans l'état frais par un périoste épais, luisant, ayant presque l'aspect d'un cartilage articulaire; ce lieu était destiné à être contigu à la tête du fémur.

Cette tête, diminuée de volume, un peu aplatie, inégale, ne présentant aucune trace de l'insertion du ligament interne, était encroûtée d'un cartilage articulaire, mais plus mince que dans l'état naturel.

La capsule fibreuse articulaire formait une véritable bourse dont les points d'insertion étaient aux bords supérieur et inférieur de l'ancienne cavité. (Pl. II, fig. 1.) Cette bourse remplaçait une cavité osseuse de ce côté, et permettait par sa longueur l'ascension de la tête du fémur dans la dépression dont je viens de parler. Le trajet qu'elle permettait de parcourir pouvait avoir trois pouces d'étendue. Son épaisseur était très-considérable (de deux lignes environ), sa densité presque cartilagineuse. (Voyez pl. II, lettre A.)

Du côté droit (voyez planche II, fig. 1 et 2, qui représentent, l'une la face antérieure, l'autre la face postérieure du bassin), l'ancienne cavité était un peu plus grande; l'intérieur présentait le même aspect que l'autre. La fosse iliaque externe, au lieu d'offrir comme le côté opposé une simple dépression, présentait ici, devant le grand trou sciatique, vers le niveau de l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'épine iliaque antérieure inférieure, une large et profonde cavité à rebord osseux fortement marqué, rugueux, inégal. La tête du fémur est ici (fig. 2, B. *b.*) plus volumineuse que de l'autre côté, elle a davantage conservé sa forme; elle est comme l'autre encroûtée d'un cartilage articulaire imparfait, et l'intérieur de ces articulations est tapissé par une membrane synoviale. Ici le ligament orbiculaire est moins épais qu'à gauche, quoique son étendue ne se borne pas seulement au pourtour de la cavité anormale. Mais de ce côté, la tête du fémur, arrivée au rebord osseux, y trouve un solide point d'appui, tandis qu'à gauche la force extrême de la bourse fibreuse (planche II, fig. 2, lettres A. *a.*) borne seule l'ascension des membres par sa résistance au poids du corps.

Une chose à bien remarquer est le grand écartement qui existe entre la dernière vertèbre lombaire et la facette articulaire du sacrum. Cet intervalle était d'un pouce au moins; l'on se rappelle les mouvemens étendus qu'exécutait Castel dans la progression, en portant le tronc en arrière et en avant alternativement. (Voyez planche II, fig. 1, lettre C.)

Ce sont ces dispositions et l'ensemble de ces déviations que j'ai cru devoir faire représenter par un dessin.

Il arrive le plus ordinairement que cette luxation a lieu des deux côtés, mais cependant il existe des exemples de luxation d'un seul côté.

Mademoiselle F....., âgée de huit ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, vint à la consultation publique de l'Hôtel-Dieu le 31 août 1821. Elle offrit à l'observation les symptômes suivans.

Dès que cette enfant commença à marcher, ses parens s'aperçurent qu'elle boitait. Elle n'avait pas fait de chute, ni reçu de coups dans la hanche lorsqu'elle était en nourrice. Divers moyens furent employés et n'eurent aucun effet. Lorsque cette petite fille est debout, on est frappé d'abord de la gracilité du membre inférieur gauche, de la différence qui existe entre la forme et le volume des deux fesses; celle du côté gauche est renflée supérieurement et arrondie inférieurement; on est frappé de la saillie du grand trochanter en haut et en dehors, et de la direction oblique des fémurs. La colonne vertébrale offre une forte cambrure; la tête est portée en arrière, comme pour compenser les effets de la transposition du centre des mouvemens; le ventre est saillant, le genou et la pointe du pied sont tournés en dedans, le jarret et le talon en dehors. Lorsque mademoiselle F..... marche, on la voit transporter son tronc d'une hanche sur l'autre; il lui est très-difficile de pouvoir courir, sauter, etc.

Mademoiselle F..... a, on n'en saurait douter, cette affection congénitale que M. *Dupuytren* a le premier décrite exactement sous le nom de *luxation originelle* ou *congénitale du fémur*. Cette observation

offre ceci de remarquable, c'est qu'ordinairement le vice de conformation existe des deux côtés, quelquefois, il est vrai, à des degrés différens, tandis que chez mademoiselle F..... il n'existe que d'un seul côté. (Cette observation m'a été communiquée par M. *Marx.*)

Mademoiselle T..... de J..... vint au monde à terme le 5 janvier 1812. Au moment de sa naissance, on ne s'aperçut d'aucun vice de conformation dans les extrémités inférieures. A l'âge de six mois elle eut une forte gourme à la tête qui ne tarda pas à se dissiper; un mois après cette éruption, ce jeune enfant eut le croup, sa dentition se fit sans accident, et elle fut envoyée en nourrice. A quatorze mois on voulut lui faire faire les premiers essais de la marche; ce fut alors seulement qu'on s'aperçut pour la première fois qu'en marchant elle balançait son corps d'une hanche sur l'autre; que le poids du corps, au lieu de reposer sur toute la plante du pied, n'appuyait que sur la pointe, qui était dirigée en dedans, ainsi que les genoux, tandis que les talons et les creux des jarrets, élevés, étaient portés en dehors, que les membres inférieurs se détachaient difficilement du sol, et que la petite malade éprouvait de la peine à écarter les cuisses l'une de l'autre.

Dès cet instant les parens consultèrent divers praticiens; multitude de remèdes furent conseillés, employés, mais sans le moindre avantage; des fumigations aromatiques, des frictions, des lotions, des bains fortifians, furent mis en usage pendant long-temps. Un régime tonique fut prescrit.

Ces moyens furent employés pendant long-temps. La petite malade grandit, et de son côté la maladie fit également des progrès : la colonne lombaire devint saillante en avant; poussés par la déformation de la colonne, les viscères abdominaux firent saillie en avant.

Ce ne fut qu'en 1821 que M. *Dupuytren* fut consulté pour la première fois. La malade, âgée alors de neuf ans, se trouvait dans l'état suivant :

Les membres inférieurs, portés en dedans, frappent par leur brièveté

et leur maigreur; leur direction est oblique, de sorte qu'écartés à leur partie supérieure, leur partie inférieure est très-rapprochée, et qu'elle a presque de la tendance à se croiser. Les grands trochanters sont saillans en haut et en arrière, le pied est fortement cambré; la poitrine fait saillie en avant, ainsi que le ventre; la partie supérieure du corps le porte en arrière.

Ces symptômes s'observent lorsque mademoiselle T..... est debout; mais est-elle couchée, le poids du corps n'appuyant plus sur les fémurs, ceux-ci peuvent reprendre leur place, et l'on voit aussitôt cesser tous les symptômes qu'offraient la transposition en arrière de la tête des fémurs.

Une chose fort remarquable et fort extraordinaire, c'est que mademoiselle T..... peut marcher, courir, sauter, tout comme un autre enfant.

Si l'on se rappelle la facilité avec laquelle, dans la plupart des cas, la tête du fémur remonte dans la fosse iliaque externe (voyez planche II, fig. 2, *a.*), on concevra facilement comment la personne appelée pour donner des soins devra les diriger, afin de s'opposer à cette ascension. En effet, dans le second dessin ajouté à la fin de cette thèse, et qui représente le bassin de Castel, la tête du fémur A n'est pas reçue dans une cavité articulaire profonde *a*, comme du côté droit B, où celle-ci offre un point d'appui immobile *b*. Ainsi, du côté gauche, on voit sur cette pièce que rien ne borne la tendance de la tête du fémur à remonter vers la crête de l'os des îles que la résistance seulement qu'offre la capsule fibreuse; car on doit bien remarquer qu'il n'existe dans cet endroit qu'une simple dépression.

C'est d'après cette disposition que l'on doit diriger le traitement de cette infirmité, traitement qui ne peut être que palliatif, puisque la cavité naturelle n'existe plus, ou n'a plus les dimensions nécessaires pour admettre l'extrémité supérieure de l'os de la cuisse. M. *Dupuytren* prescrit d'abord des bains froids par immersion de la totalité du corps dans de l'eau simple froide ou de l'eau salée, la tête ayant été préalablement recouverte d'un bonnet de taffetas vernissé. Ces bains

seront répétés tous les jours, et chaque immersion sera de trois ou quatre minutes au plus. Ces bains seront employés dans le but de fortifier les parties qui environnent l'articulation accidentelle, et les rendre plus capables de résister à l'effort continuel des fémurs à remonter par le poids du corps, qui semble comme s'enfoncer entre les cuisses.

Comme il est impossible d'exiger un repos perpétuel des personnes affectées de luxations originelles ou congénitales, M. *Dupuytren* emploie le bandage suivant : il consiste en une ceinture qui embrasse le bassin ; elle doit être placée sur la partie rétrécie qui existe entre la crête de l'os des îles et les trochanters ; elle doit occuper toute la hauteur de cet espace, et pour cela elle ne doit pas avoir moins de trois ou quatre travers de doigt de largeur, suivant l'âge et la taille des individus. Cette ceinture doit être bien rembourrée en coton ou en crin, et être revêtue en peau de daim, afin qu'elle ne puisse pas blesser les parties auxquelles elle doit être appliquée ; des goussets étroits et très-superficiels doivent être creusés sur la face interne de son bord supérieur, de chaque côté, pour recevoir et retenir les trochanters, sans les loger en entier. Des boucles et des courroies, placées à ses extrémités et dirigées en arrière, doivent servir à la fixer autour du bassin ; surtout de larges sous-cuisses rembourrés et revêtus, comme la ceinture elle-même, mais élargis et un peu creusés vis à vis des tubérosités de l'ischion, doivent maintenir cette ceinture à une hauteur constante et l'empêcher d'abandonner l'espace précis sur lequel elle doit se trouver toujours appliquée.

On ne doit pas sans doute espérer, avec de semblables moyens, de guérir une telle infirmité ; mais c'est déjà obtenir beaucoup que d'apporter du soulagement et empêcher l'augmentation d'une incommodité qui, abandonnée à elle-même, ne tendrait qu'à augmenter de jour en jour.

Avertis par la publication du mémoire de M. *Dupuytren* sur la luxation originelle ou congénitale des fémurs, MM. *Lafond* et *Duval* ont eu l'heureuse idée de soumettre à l'extension continue, dans leur

maison d'orthopédie de Chaillot, une jeune enfant de huit à neuf ans, affectée de luxation congénitale des fémurs des deux côtés, et M. *Dupuytren* a constaté qu'après quelques semaines de l'emploi de ce moyen, les deux membres avaient repris leur longueur et leur rectitude, ce qui n'est pas difficile à concevoir d'après ce que nous avons dit plus haut ; mais ce n'est pas sans un grand étonnement qu'au bout de trois ou quatre mois de l'extension continue, il a vu persister, pendant plusieurs semaines, la majeure partie des bons effets produits par ce moyen. On ne saurait, il est vrai, conclure d'un seul fait l'utilité de l'extension continue dans les luxations originelles ou congénitales des fémurs ; mais ce fait est important par lui-même, et peut le devenir bien plus encore par les conséquences qu'il peut avoir, et voilà pourquoi nous avons fait connaître les essais de traitement et les résultats auxquels il peut conduire.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Quibus à diuturno coxendicis morbo vexatis coxa excidit, et rursùs incidit, his mucus innascitur. *Sect.* 6, *aph.* 59.

III.

Quibus à diuturno coxendicis morbo vexatis coxa excidit, his crus tabescit, et claudicant, nisi usti fuerint. *Ibid.*, *aph.* 60.

IV.

Tumores autem in articulis et dolores absque ulcere, et podagricos, et convulsiones; horum plurima frigida multa affusa, et levat, et attenuat, et dolorem solvit : torpor enim modicus doloris solvendi vim habet. *Sect.* 5, *aph.* 25.

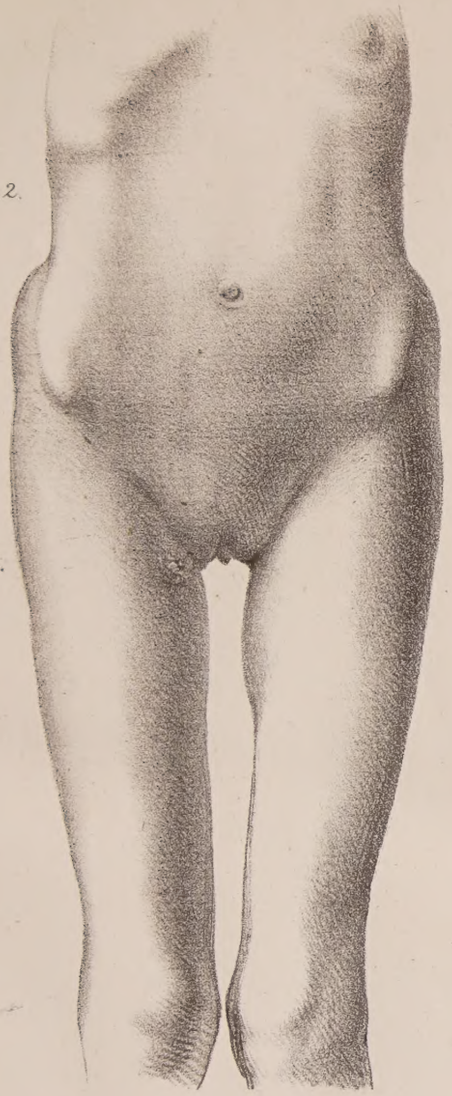
V.

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fœtum sanum esse impossibile. *Ibid.*, *aph.* 60.

VI.

Ab hæmorrhoïdibus sanato diuturnis, nisi una servata fuerit, periculum est ne hydrops superveniat aut tabes. *Sect.* 6, *aph.* 12.

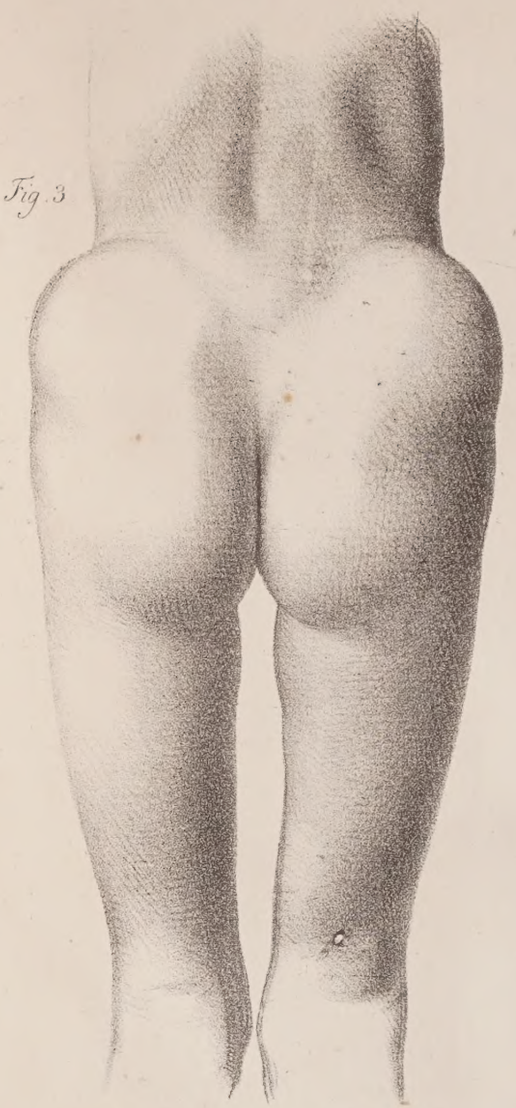
Fig. 2.



A. Charal del.

Fig. 1

Fig. 3



Lith. de Langlumé et Cie

Fig. 1.

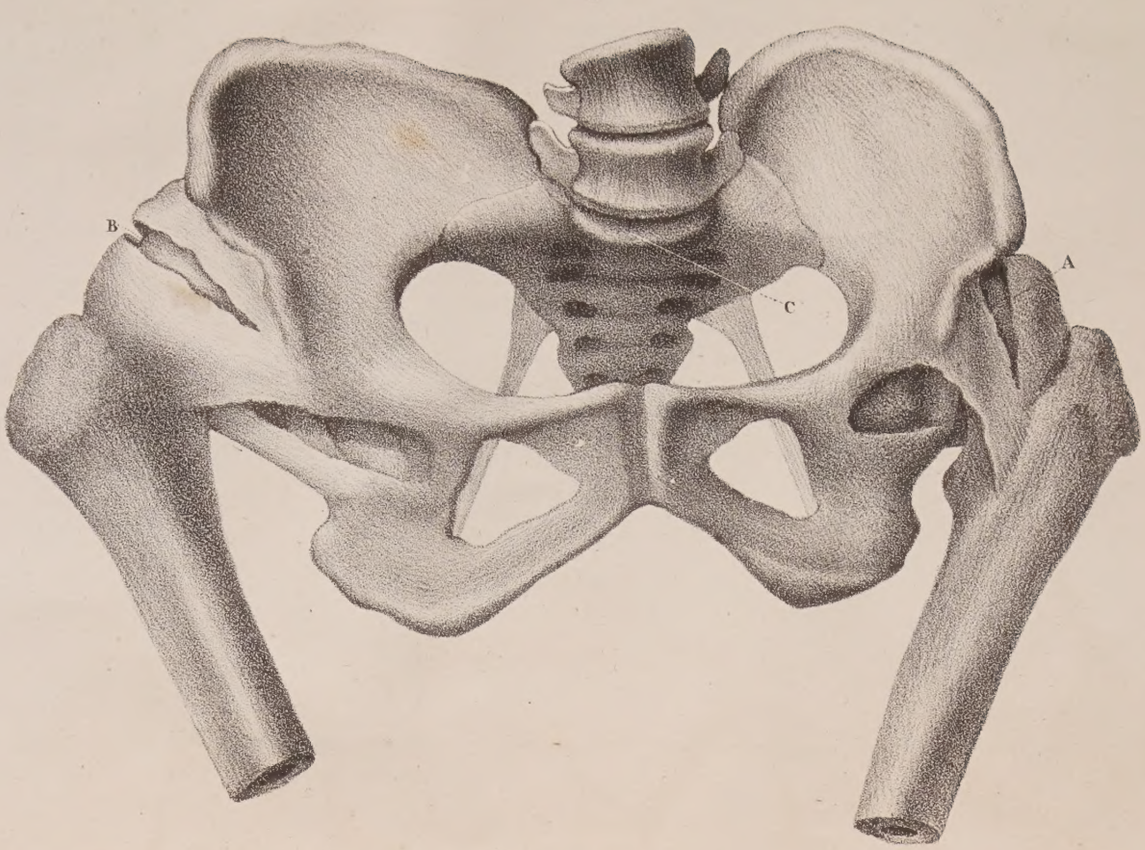
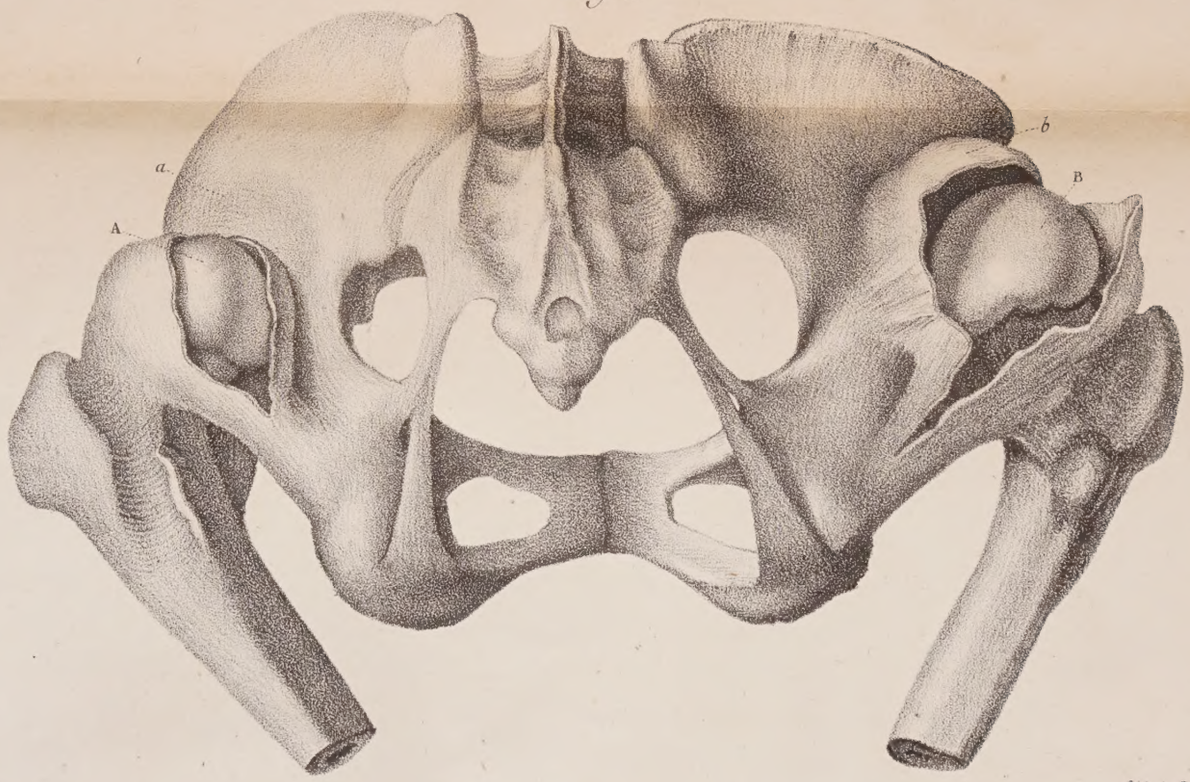


Fig. 2.



Lith. de Langlumé